

Vårdares upplevelser och utmaningar inom demensvården

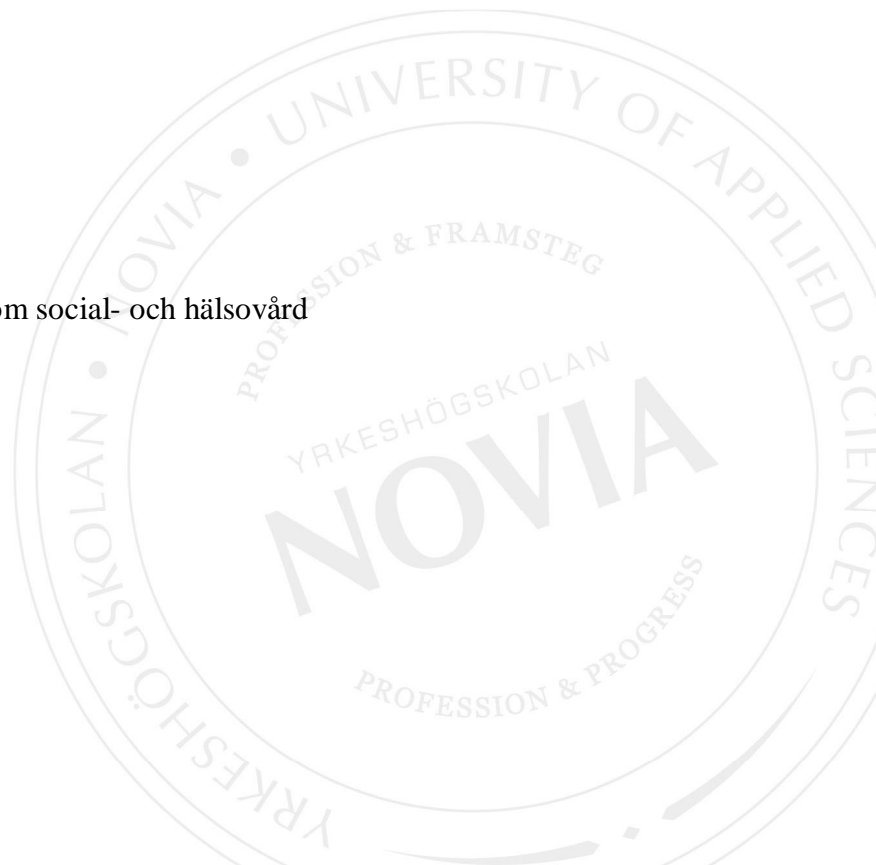
- en kvalitativ studie utförd vid demensboenden i Österbotten

Rebecca Blomqvist & Erika Vesterlund

Examensarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård

Utbildning: Sjukskötare (YH)

Vasa, 2018



EXAMENSARBETE

Författare: Rebecca Blomqvist & Erika Vesterlund
Utbildning och ort: Sjukskötare, Vasa
Handledare: Anita Wikberg

Titel: Vårdares upplevelser och utmaningar inom demensvården- en kvalitativ studie utförd vid demensboenden i Österbotten

Datum 3.4.2018

Sidantal 28

Bilagor 3

Abstrakt

Människor blir allt äldre och äldre i dagens samhälle. Även personer med demens förutspås bli fler. Vården är därför en viktig del för att en person med en svår minnessjukdom ska få det så bra som möjligt. Vi behöver se till vilka behoven är när man blir äldre och hur vi på bästa sätt kan gå dem till möte.

Syftet med denna studie är att få reda på hur vårdarna upplever arbetet inom demensvården. Vad som är givande och vilka är utmaningarna? Studien ska även riktas till de som i framtiden väljer ett yrke inom demensvården för att få en inblick i hur demensvården kan se ut från vårdarens perspektiv. Vi har utgående från syftet och frågeställningarna utformat en enkät med åtta öppna frågor, som har besvarats av elva vårdare på två avdelningar i Österbotten. Frågeställningar i studien är: Hur är det att arbeta med dementa? Vilka är utmaningarna vid att vårda dementa? Vad är givande med att vårda dementa?

Utifrån ämnet valdes Katie Erikssons teorier om medlidande för den andre och sjukdomslidande som teoretisk utgångspunkt. En kvalitativ innehållsanalys har använts och utifrån denna uppstod två huvudkategorier och fyra underkategorier. Temat för resultatet är; *arbetssituationen inom demensvården*. Huvudkategorierna är; *upplevelser och erfarenheter* och *den ideala vårdenheten*. Tyngdpunkten i studien är vårdandet och bemötandet av demenssjuka personer.

Språk: Svenska

Nyckelord: Vårdare, bemötande, upplevelser, demens

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Rebecca Blomqvist & Erika Vesterlund
Koulutus ja paikkakunta: Sairaanhoidaja, Vaasa
Ohjaaja(t): Anita Wikberg

Nimike: Miten hoitohenkilökunta kokevat arkipäivä hoitoyksikössä jossa dementiaa sairastavia potilaita hoidetaan- laadullinen tutkielma tehty kahdella eri dementiaosastolla Pohjanmaalla

Päivämäärä 3.4.2018

Sivumäärä 28

Liitteet 3

Tiivistelmä

Ihmiset tulevat yhä vanhemmiksi yhteiskunnassa. Myös dementiaa sairastavien määrä todennäköisesti kasvaa. Hoito on sen takia tärkeä, että henkilö joka sairastaa vaikeaa muistisairautta olisi mahdollista saada hyvää hoitoa. Meidän täytyy arvioida iäkkäiden ihmisten tarpeet, jotta me voisimme kohdata niitä mahdollisimman hyvin. Tämän tutkielman tarkoitus on selvittää miten hoitohenkilökunta kokevat työnsä dementia sairastavien hoidon parissa, mikä on antoisaa ja mitkä ovat haasteita?

Tämän tutkielman tarkoitus suunnataan niille, jotka tulevaisuudessa valitsee ammatin dementia sairastavien hoidon parissa, jotta he saisivat kuvan miltä dementia hoito näyttää hoitajan näkökulmasta. Tutkielman lähtökohdan perusteena olemme tehneet kysely kaavakkeen, jolla on kahdeksan avointa kysymystä, joihin saatiin 11 hoitajalta vastaukset kahdelta eri osastolta Pohjanmaalla. Tutkielman kysymykset ovat: Miten on työskennellä dementiaa sairastavien kanssa? Mitkä ovat hyvät puolet sekä mitkä ovat haasteet työskennellä dementiaa sairastavien kanssa?

Aineen perusteella valittiin Katie Eriksson teorioita toisen myötätunnosta ja sairauden kärsimyksestä. Olemme käyttäneet laadullista sisältöanalyysia ja sen tiimoilta saimme kaksi pääkategoriaa ja neljää alaryhmää. Tutkielman teeman tulos on: *työtilanne demensiahoidossa* ja pääkategoriat ovat: *kokemukset ja elämykset ja ihanteellinen hoito yksikkö*. Tutkielman painopiste on dementia sairastavien henkilöiden hoito ja kohtaaminen.

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: Hoitaja, dementia, kokemuksia, kohdata

BACHELOR'S THESIS

Author: Rebecca Blomqvist & Erika Vesterlund
Degree Programme: Nurse, Vaasa
Supervisor(s): Anita Wikberg

Title: How caregivers experience the everyday life in a home for dementia patients ó a qualitative study performed on dementia wards in Ostrobothnia

Date 3.4.2018

Number of pages 28

Appendices 3

Abstract

People are getting older and older in nowadays society. Even people with dementia are predicted to be more. Care is therefore an important part for a person with a serve memory disorder to get is as comfortable as possible. We need to make sure which needs are necessary when we grow older and how we can meet these people in the best way.

The purpose of this study is to find out how nurses experience the work of people with dementia. What is rewarding and what are the challenges? The aim should also be directed to those who choose a profession in the field of dementia in the future and to gain an insight into how dementia care can look like from the perspective of a healthcare provider. We have from the purpose and the questions designed a questionnaire with eight open questions, answered by eleven caregivers at two departments in Ostrobothnia. The questions in the study are; How is it to work with demented persons? What are the challenges of caring for persons with dementia? And What is beneficial to of caring for persons with dementia?

Based on the subject, Katie Eriksson's theories about compassion for the other one and dieses- suffer was chosen as the theoretical point. A qualitative content analysis has been used and from this, two main categories and four subcategories arose. The theme of the result is; *the working situation in dementia care*. The main categories are; *experiences* and *the ideal care unit*. Focus of the study is the care and treatment of people with dementia.

Language: Swedish

Key words: Caregiver, treatment, experiences, dementia

Innehållsförteckning

1. Inledning	1
2. Syfte och frågeställning	2
3. Teoretisk utgångspunkt	2
4. Bakgrund	4
4.1 Det normala åldrandet	5
4.2 Demens	6
4.2.1 Identitetsförändringar vid demens	7
4.2.2 Olika demenssjukdomar	8
4.2.3 Utredning av demens	11
4.2.4 Riskfaktorer	11
4.2.5 Behandlingsmöjligheter	12
4.2.6 Förebyggande åtgärder	12
4.3 Att vårda en person med demenssjukdom	12
4.3.1 Beteendeförändringar vid demens	13
4.3.2 Konfusion	13
4.3.3 Kommunikation	13
4.3.4 Att lyssna och stöda	14
4.3.5 Ilska och aggressivitet	15
4.3.6 Bemötande och aktivering	16
5. Metod	17
5.1 Kvalitativ forskningsmetod	17
5.2 Enkät som datainsamlingsmetod	17
5.3 Val av informanter	18
5.4 Kvalitativ innehållsanalys	19
5.5 Etiska överväganden	19
6. Resultat	20
6.1 Arbetssituationen inom demensvården	21
6.2 Upplevelser och erfarenheter	22
6.3 Den ideala vårdenheten	23
7. Diskussion	24
7.1 Metoddiskussion	25

7.2 Resultatdiskussion och slutledning	í í	26
8. Källförteckning	í í	28
Bilageförteckning		
Bilaga 1 Enkät		
Bilaga 2 Informationsbrev		
Bilaga 3 Figur för resultatredovisning		

1 Inledning

Att bli äldre är för människan naturligt och den neurologiska programmeringen av psyket är väl utvecklat för att kunna förbereda sig på ett bra sätt. Allt eftersom åldern stiger minskar våra funktionsmarginaler långsamt. Muskelmassan blir sakta mindre, de olika sinnen blir svagare och våra rörelsemönster blir stelare och mer begränsat. De som är äldre idag har varit med om en otrolig resa under sitt liv. Det är inte underligt att stora förändringar sker även i åldrandet när också samhället i sig har genomgått och genomgår en stor förändring. Det befordrar därmed att vi ständigt tar reda på vilket äldre liv som eftersträvas idag och som formar en äldreomsorg som fångar upp och tar hand om det som är värdighet i ett äldre liv just nu. (Jan Blomström, 2016, s.19,20)

I takt med att antalet människor blir allt äldre i den finländska befolkningen, ökar därmed riskerna för att drabbas av minnessjukdomar. Varje år insjuknar ungefär 14 500 personer i Finland i någon form av minnessjukdom. (Käypähoito). Det uppskattas att det finns det ungefär 35 000 personer som lider av någon form av lindrig minnessjukdom och ungefär 85 000 personer lider av medelsvåra minnessjukdomar i dagens Finland. Alzheimers är den allra vanligaste demenssjukdomen i Finland (70 %) (Käypähoito). Minnessjukdomarna kommer också att öka i framtiden, detta innebär också en kamp både för samhällets ekonomi och för folkhälsan. (THL, 2015).

Globalt sett finns det ungefär 50 miljoner människor som lider av någon form av demens och insjuknandet ligger runt 10 miljoner nya fall per år. Prognosen visar att antalet kommer att öka och år 2030 beräknas 75 miljoner människor insjukna och år 2050 ungefär 131 miljoner människor kommer att lida av demens. (World alzheimer report, 2015).

I detta examensarbete kommer skribenterna att fördjupa sig på ämnet om hur vårdpersonal på demensboenden upplever hur det är att dagligen vårda personer som lider av demens, vad som är givande men även vad som är utmanande. Skribenterna har kommit i kontakt med personer som har demens och deras anhöriga genom praktik och jobb på vårdanstalter. För att vårdare ska kunna ta hand om klienter med demenssjukdomar behövs bl.a. kunskap, intresse och empati. Även vikten av att ha en bra kommunikation och finnas där som stöd är en viktig del av vårdandet av en person med demens.

2 Syfte och frågeställning

Syftet med examensarbetet är att genom en kvalitativ enkätstudie få en ingående inblick i hur det är att arbeta som vårdare inom demensvården. Hur upplever vårdare arbetet? Vilka utmanade och givande stunder medför arbetet? Studien riktas även till de som i framtiden väljer ett yrke inom demensvården, för att få en uppfattning, kunskap och förståelse om hur det är att arbeta inom detta område. Denna studie kan framöver användas av vårdpersonal som arbetar inom demensvården men även vårdstuderande.

Frågeställningar i arbete:

- Hur är det att arbeta med dementa?
- Vilka är utmaningarna vid vårdandet av dementa?
- Vad är givande med att arbeta med dementa?

3 Teoretisk utgångspunkt

Skribenterna har valt att använda sig av Katie Erikssons teorier om Lidandet i vården och Medlidande - att lida med den andre (Eriksson 1994). Katie Erikssons teori om medlidande ansågs lämplig eftersom medlidandet är en viktig del i vårdandet av demenssjuka personer. Medlidande är grunden till att upprätthålla en god vård som förutsätter att vårdaren tar ansvar för patienten, men även att vården sker genom att man vill göra något för den andre. Teorin om lidandet i vården ansågs lämplig för studien eftersom teorin relaterar till relationen mellan patienten och vårdare.

Eftersom detta examensarbete handlar om vårdarnas upplevelser om att vårda demenssjuka personer, har skribenterna valt att fokusera på teorin om medlidande och lidandet i vården. Skribenterna kommer ta upp vad Eriksson menar med medlidande och hur medlidande kan uttrycka sig i olika vårdssammanhang och hur lidande i vården uttrycker sig enligt Eriksson.

Erikssons teori om Lidandet i vården

Teorin innehåller olika former av begreppet lidande. I delen om lidandet i vården beskriver Eriksson tre former av vård lidande; *sjukdomslidande*, *vårdlidande* och *livslidande*. Eriksson lyfter fram det lidande som finns och som vi möter på i vården. En av de största utmaningarna inom lidandet i vården är att hitta lösningar för att reducera lidandet. De tre formerna av

lidandet i vården liknar varandra och kan vara svåra att skilja dem åt i en verklig situation. Genom att redogöra dem var och en för sig, får vi en tydligare bild av hur de olika formerna av lidande ser ut i praktiken, vilket möjliggör lindrande av lidandet i en vårdsituation.

Sjukdomslidande

Med sjukdomslidande avser Eriksson att smärta är en vanlig orsak till lidande i samband med sjukdom. Sjukdom medför inte alltid smärta, och smärta är inte identiskt med lidande. Den lidande människan fokuseras ofta till den fysiska smärtan som tar mycket uppmärksamhet, som i sin tur försvårar patientens kapacitet att ta tag i lidandet. Denna typ av lidande kan delas in i två kategorier *kroppslig smärta; som förorsakas av sjukdom eller behandling* den andra kategorin är *själsligt och andligt lidande; som förorsakas av upplevelser i form av skam och förnedring i relation till sjukdom eller behandling*.

Vårdlidande

Enligt Eriksson (1994) är vårdlidande ett av de nyare fenomenen i vårdliteraturen under 1990-talet. Diskussioner om vad god vård är ökar. Även intresset kring att forska om vårdlidandet ökar. Eriksson delar in vårdlidandet i olika grupper:

Kränkning av patientens värdighet är den vanligaste formen av vårdlidande. Att kränka patientens värdighet betyder att frånta hen chanser att helt och fullt vara människa. I och med detta försvagas hens möjligheter att använda sina innersta hälsoresurser. Människans värdighet kan kränkas genom direkta konkreta handlingar, exempelvis nonchalant vid tilltal eller genom oaktsamhet då det gäller att skydda patientens intimitet eller personliga frågor. Ordet värdighet innebär att ha ett värde och alla människor har samma värde och värdighet. Men alla människor har en egen tolkning om sin värdighet.

Fördömelse och straff är vårdaren ansvar att avgör vad som är rätt eller fel med tanke på patienten. Vårdare kan bedöma vad som kunde vara bäst för patienten, men patienten har alltid frihet att välja själv. Fördomelse och straff hänger ofta ihop. Ett sätt att straffa är att ignorera patienten eller inte karitativt vård.

Maktutövning innebär att man tar ifrån patientens självbestämmande rätt, vilket leder till lidande för patienten. Maktutövning kan ske direkt eller indirekt. Makt är att tvinga någon till en handling som hen inte skulle välja av fri vilja.

Utebliven vård eller icke ó vård sker när en vårdare har bristande förmåga att se patientens vårdbehov. Icke-vård är när ingen vårdåtgärd utförs. Det finns olika typer av uteblivenvård,

det kan vara allt från små förseelser och slarv till direkt medveten vanvård. Utebliven vård innebär alltid kränkning av människans värdighet.

Livslidande

Att plötsligt vara patienten påverkar hela människans livssituation. Rutinerna hos en människa rubbas och tas ifrån en. Livslidande innebär att klara av att leva och vara människa bland andra människor. Att tro att man ska dö är en form av livslidande. Viljan av att vilja leva blandas av olika känslor. Livssituationen förändras och människan behöver finna en ny mening med livet. En på tvingad förändring av en människas livssituation kan komma onaturligt och behöver få tid att hitta ett nytt meningsfullt liv. Identiteten hos en människa kan plötsligt kännas försvagad. En patient med svåra lidanden eller en obotlig sjukdom kan vara svårt att veta hur man ska livs leda människan och hur vi ska hantera situationen.

Grunderna till att kunna lindra lidandet är att skapa en vårdkultur där patienten känner sig välkommen, respekterad och vårdad. Människan behöver få känna rätten att vara patient. Att inte kränka patientens värdighet samt inte fördöma och missbruka makt, utan istället ge patienten den vård som behövs för att lindra lidandet. Att visa respekt och bekräfta en patients värdighet är speciellt viktigt vid intima vårdbehov. En känsla av medlidande kan uttryckas genom en vänlig blick eller ett ord.

Erikssons teori om medlidande

Teorin om medlidande kan beskrivas som att lida med någon annan person. Ursprunget till begreppet medlidande kommer från grekiskans *sympatheia* och betyder medkänsla. Att uppleva medlidande är inte det samma som att lida själv. Källan till medlidande förutsätter att ta ansvar och att ha mod. Mod att kunna ta ansvar och att uppoffra något av sig själv. Begreppet medlidande har en varierande betydelse. Eftersom medlidande kopplas till människors elände kan även begreppet anses vara negativt. Enligt Eriksson är medlidande inte verkligt medlidande förrän en god handling utförts. Människan har i alla tider haft en vilja att utföra goda gärningar till medmänniskan, anser Eriksson.

4 Bakgrund

I detta kapitel redovisar skribenterna om det normala åldrandet, vad som händer i en kropp som drabbas av demens och vilka demenssjukdomarna är. Även symtom som exempelvis beteendeförändringar, kommunikationssvårigheter beskrivs. I kapitlet ingår också vilka riskfaktorerna är att drabbas av demens och vilken behandling som finns.

4.1 Det normala åldrandet

Människokroppen börjar åldras i medelåldern, vilket betyder att redan i 40 - 60 års ålder kan förändringar i kroppen börja uppmärksammas. Hos de flesta människor har största delen av organens funktion i kroppen samma funktionsnivå fram till 70 års ålder, där efter sker förändringar. Blodkärlen blir stelare och hjärtats förmåga att pumpa runt blodet i kroppen dämpas, lungornas förmåga att absorbera syre från inandningsluften försvagas. Även njurarnas förmåga att rena kroppen från slaggprodukter är nedsatt till ungefär hälften vid 80-års ålder. Tarmfunktionen försämras på grund av att kroppen rör sig mindre, dricker inte tillräckligt och kosten innehåller för lite kostfibrer. (1177.se, 2018)

I dag är medellivslängden i Finland för kvinnor 83,9 år och 78,2 år för männen. (Statistikcentralen.fi). Hur åldrandet påverkar hälsan och funktionsförmågan varierar från person till person. Demenssjukdomar hör inte till det normala åldrandet, men risken att drabbas av både demenssjukdomar och andra sjukdomar ökar i samband med stigande ålder. Vi kan påverka hälsan på flera sätt i hög ålder, även fast hur vi levt tidigare inverkar på hur vi åldras. (1177.se). Många äldre personer upplever att minnet försämras när de blir äldre, det tar längre tid att lära sig något nytt och svårare att komma ihåg sådant som hänt. Vid normalt åldrande hör detta till att vara lite glömsk vilket betyder att all glömska inte tyder på demenssjukdom. Allmänbildning och ordförrådet kan fungera väl ännu i hög ålder. (Thl, 2015)

I en åldrande kropp minskar muskelmassan medan fetthalten ökar, leder och skelett blir stelare. Sjukdomar som artros i leder och benskörhet speciellt hos kvinnor är även vanligt. Kroppens alla sinnen blir svagare; balansen blir sämre, svårare att urskilja vissa ljud och synen försvagas. Muskelträning och lätt fysisk aktivitet stärker den åldrande kroppen. Träningen kan även förebygga risken att insjukna i diabetes och även hjärt- och kärlsjukdomar. Genom att en äldre person vistats utomhus upprätthålls halten av D-vitamin i kroppen vilket i sin tur tillsammans med fysisk aktivitet kan minska risken för benskörhet. Energibehovet är inte lika stort hos äldre personer vilket beror på att ämnesomsättningen sjunker, men detta beror på hur mycket personen rör på sig. (1177.se, 2018)

Hjärnans åldrande

Det har påvisats att när vi blir äldre förändras även hjärnfunktionerna i hjärnan. Dessa funktioner påverkar vårt dagliga liv när hjärnans funktions kapacitet minskar. Under livet minskar hjärnvikten med 20 - 30% och med en mer minskning efter 60 års ålder. En av dessa

substanser som påverkar hjärnan är dopamin som bildas i hjärnstammens övre del och behövs för bl.a. motoriska och högre hjärnfunktioner. Nervceller i denna del av hjärnan går förlorad i kapp med att åldern stiger. Dopaminförlust leder i sin tur till att rörelseförmåga blir nedsatt och darrhänthet blir allt vanligare. Med strukturella snitt i hjärnan går det framförallt att se i tinningloberna en ökande förekomst av så kallade senila plack och neurofibrill förändringar i och med stigande ålder. Dessa är de klassiska fynden vid bland annat Alzheimers sjukdom, men förekommer även hos frisk äldre människor. (Demenssjukdomar, 1997)

Social kontakt är mycket viktigt för att främja den psykiska hälsan. I dag lever många äldre personer i ensamhet utan regelbunden kontakt med andra människor. Till följd av att personer lever ensamma ökar risken för depression. (1177.se, 2018)

4.2 Demens

Ordet demens kommer från det latinska ordet "de" som betyder från och "mens", vilket betyder förnuft, sinne eller själ. Demens kan alltså med andra ord beskrivas utan/ifrån sinne, eller bara "utan själ". (M. Skog, 2016, s.9)

I och med att det äldre antalet blir allt fler bland befolkningen riktas det allt större fokus till de sjukdomar som drabbar äldre idag, särskilt demenssjukdomarna. Att kunna ställa en tidig diagnos är viktigt då utvecklingen av behandlingsmöjligheterna blivit tillgängliga under de senare åren. (K. Sparring Björkstén, 2013, s. 69) Demens är i dagligt tal inte bara ett sjukdomstillstånd, utan kan också beskrivas som ett samlingsnamn med en grupp av olika symptom, som tyder på att vissa hjärnfunktioner har blivit sämre. Det har även visat sig att patologiska vävnadsförändringar sker i hjärnan vid demens och att nervcellerna i hjärnan tar skada och att det neuronala nätverket i hjärnans funktion hämmas. (H. Basun, 2002) Det har även visats att nio av tio personer med demenssjukdom påvisar ofta någon form av psykologiska- eller beteendemässiga symtom under sjukdomsförloppet. (K. Ring, 2013, s. 11)

Brist på kunskap om olika demenssjukdomar kan försvåra uppgiften att vårda en person med demens. Att kunna förstå varandra genom smidig kommunikation är en viktig del av vårdandet som inte alltid är en lätt uppgift. Vi behöver få en insikt i vad som händer med en människa som förlorar förmågor vid demenssjukdom. Kan vi som friska förstå hur den demensdrabbade känner sig och upplever sina förluster? Det kan vara en svår uppgift, men

med hjälp av erfarenheter, kunskap och inlevelseförmåga kan vi försöka förstå hur den demenssjuke personen känner sig. (J. Cars & B. Zander, 2006, s.10).

4.2.1 Identitets förändringar hos demenssjuka

Att anpassa sig till ett nytt liv som demenssjuk kan vara en stor påfrestning för en människa som tidigare levt ett självständigt liv. Det liv som tidigare varit självklart, börjar mera svikta i takt med att en demenssjukdom håller på att utvecklas. Att flytta från sitt hem, att behöva stöd i vardagliga sysslor och när den personliga identiteten förändras är det inte en bara en stor omställning hos personen som drabbats men även för anhöriga. (K. Ring, 2013)

Denna omställning i livet medför också en ändring av personen i sig; en identitetsförändring uppstår i takt med att sjukdomen utvecklas. En person som är i ett tidigt skede av demensen börjar oftast visa symtom såsom att minnet börjar svikta. Personen upprepar samma mening flera gånger inom kort tid och personen pratar ofta osammanhängande. Kännetecken man ska observera är: Om personen har dåligt minne, T.ex. personen minns inte barnens namn eller vad hen ätit. Förmågan att kunna hänga med i samtal och att orientera sig i till nya platser förändras även i denna fas. Oron och ångesten blir mera märkbar och irritation uppstår allt som oftast på grund av att hen inte längre kan och klarar av att göra vardagliga sysslor själv. (E-L Lindqvist, 2015, s.14). En relativt färsk intervjustudie från 2017 visar att även den sociala biten försämras vid mild demens. I studien framgår det att personer med mild demens tenderande till att bli mera osociala. Att inte vilja gå ut eller rädsla för fall var några av de svaren som framkom av de tillfrågade. (Singleton, D. 2017)

En studie som gjorts av professor Haak, N-J (2002) beskriver hur det är möjligt att upprätthålla kommunikationen vid mild demens. De exemplar som bland annat nämns är att alltid prata med en dement person på ett vuxet sätt. Men även sättet att vara lugn och ha tålmod visar ett professionellt sätt att agera på så att klienten får ta tid den tid hen behöver för att svara på en fråga med sina egna ord. Studien beskriver också att exempelvis skapa en bok med gamla minnen med familj, vänner och historier kan vara en betydelsefull sak för en person med demenssjukdom.

Allt eftersom sjukdomen försämras, förvärras symtomen. Vid medelsvår demens tillkommer symtom såsom Apraxi- personen har svårt att kunna klä på sig själv, knäppa knappar och att knyta skor men även förmågan som att kunna brygga kaffe och att diska försvagas. Den demenssjuke har koncentrationssvårigheter och har svårigheter med att skriva och läsa.

Personen är i detta läge i behov av tillsyn och stöd dygnet runt. Den sista fasen är den allra svåraste typen av demens och kan beskrivas så som att demenssjukdomen i stort sett har spridit sig hela hjärnan. Eftersom att symtom ytterligare förvärras blir kommunikationen mer komplicerad i och med att språket försämras. Agnosi förekommer i denna fas som betyder att hen har svårt med att känna igen och att förstå vad som sägs. Afasi är en situation i den svåra demensfasen och betyder att personen "tappar orden" och kan säga exempelvis en sådan man använder för att hyvla en ost, istället för att säga "osthyvel". Personen känner heller inte längre igen sig själv i sin egen spegelbild och har svårt att äta, dricka, tvätta sig och borsta tänderna på egenhand. Den demenssjuke blir i stort sett i behov av tillsyn och hjälp med allt hen gör i och med att det blir mera alldagligt att stoppa saker i munnen eller att äta och suga på. (E-L Lindqvist, 2015, s.15 - 19)

En relativt färsk intervjustudie från 2017 visar att även den sociala biten försämras vid mild demens. I studien framgår det att personer med mild demens tenderade till att bli mera osociala. Att inte vilja gå ut eller rädsla för fall var några av de svaren som framkom av de tillfrågade. (Singleton, D. 2017)

4.2.2 Olika demenssjukdomar

Neurodegenerativ sjukdom med tidigt och sen debut och smygande symptom: Alzheimers sjukdom, Picks sjukdom, Huntingtons sjukdom (Chorea Huntington), Lewykroppss demens (Om demens, 2002, s.18). Vaskulär demens (blodkärlsdemens), Multiinfarktdemens (Om demensen beror på utbredda och många infarkter), vaskulär demens till följd av stroke (slaganfall). (demenscentrum, 2013)

Alzheimers sjukdom

Alzheimers sjukdom är idag den vanligaste minnessjukdomen i Finland (70 %). (THL, 2015). Alzheimers beskrevs för första gången år 1906 av Alois Alzheimer i Tyskland där en obducerad patient visade sig ha en skruppen, hjärna. (om demens, 2002, 17). Fram till 1970 talet ansågs Alzheimers sjukdom som en ganska sällsynt åkomma. Sedan dess har forskning kring sjukdomen gått framåt och idag betecknas Alzheimers sjukdom med både Alzheimers sjukdom med presenil debut och senil demens av alzheimer typ. Demens som förekommer hos personer före 65 års ålder kallas för "pre senil demens". Demens som förekommer hos personer efter 65 års ålder kallas "senil demens". Undersökningar vid Alzheimers sjukdom visar på att hjäss- och tinningloberna är de delar som för det mesta tar skada och då speciellt i de limbiska strukturerna och den allra mest skadade delen är den

gråa substansen i hjärnbarken på grund av att nervcellerna minskar stegvis. (Demens, omsorg och omvårdnad, 38-41) (Demenssjukdomar, 1997)

Vaskulär demens

Vaskulär demens är en blodkärlsdemens som framkallas av att blodflödet förändras i vissa delar av hjärnan med olika ischemiska skador som följd. Det kan jämföras med stora lokaliserade infarkter eller små, begränsade infarkter. (Om demens, 2002, s.116). Vaskulär demensens symptom liknar Alzheimers sjukdom och kan ge vanliga symtom som kommunikation- och koncentrationssvårigheter, krampanfall och paralys. Om denna typ av demens orsakas av en stroke eller en TIA attack förlöper sjukdom stegvis, dvs. symtomen finns kvar på en viss nivå för att plötsligt försämrars igen. Om små blodkärl djupt inne i hjärnan har tagit skada, så kan symtomen vara gradvis, som ofta kännetecknas av bland annat gångproblem. (Oddy, 2013)

Frontallobsdemens

Frontallobsdemens är en form av demens som innefattar ett antal olika sjukdomar. De liknar varandra till viss del, både kliniskt och neuropatologiskt. De olika sjukdomarna som hör till denna demens är Picks sjukdom och Amyotrofisk lateral skleros-ALS. (Om demens, 2002). Picks sjukdom är en ovanligare form av demens och drabbar främst pann- och

tinningloberna, där vårt beteende styrs. Om skada eller sjukdom förekommer i dessa lober så kommer ofta beteendestörningar. (Demens omsorg och omvårdnad, 2003, 43). Amyotrofisk lateralskleros, ALS, är en nervsjukdom där nerverna förtvinar och som tillslut leder till förlamningar i kroppen. Det finns inget botemedel mot ALS utan endast medicin som kan lindra symptomen. (nervsjukdomar.se, 2014).

Personer med frontallobsdemens ställer ofta högre befordran på omvårdnad än dementa utan frontala symtom. I och med det är det viktigt att diagnostisera dessa fall och beskriva de aktuella symtomen för diskussion av boendeform. En person som har frontala symtom kan ha insiktslöhet, koncentrationssvårigheter, oro, ångest och hämningsbortfall. (Demenssjukdomar, 1997)

Lewy body demens

Vid denna typ av demens kan paralleller dras som även finns hos Alzheimers sjukdom. Förmågan att ha uppmärksamhet är försämrad och en märkbar känsla av trötthet är vanligt förekommande vid denna typ av sjukdom. I ett senare skede av demensutvecklingen tillstöter

symtom såsom minnesstörningar men dessa är inte lika centrala som vid Alzheimers sjukdom. En person som drabbats av denna typ av demens får även Parkinson liknande symtom, där rörelserna blir stela och minnen blir långsammare. Även fallrisken ökar och störningar av sömn och vakenhet föreligger. (K. Ring, s.26)

Huntingtons Sjukdom

Huntingtons Sjukdom anses vara ett familjärt uppträdande och genen för denna sjukdom ligger på kromosom 4. De genomsnittliga debutåren för Huntingtons sjukdom ligger kring 35 - 40 år ålder. Tidiga symtom som förekommer är bland annat gångrubbningar, grimasera och nickande av huvudrörelser som kan förväxlas med tics men dessa är långsammare och mindre stereotypa. Personlighetsdragen som vanligen förändras är initiativlöshet och irritabilitet. (J. Marcusson, K. Blennow, 1997, 104 - 105)

4.2.3 Utredning av demens

Personer som visar symtom på demens genomgår en medicinsk bedömning och utredning där man utesluter att symptomen beror på andra orsaker än demens. Om det finns tecken på demenssjukdom är det viktigt att fastställa vilken typ av demenssjukdom personen drabbats av. Alla demenssjukdomar har olika sjukdomsförlopp och klinisk bild. Undersökningar som görs vid en demensutredning är; läkarbesök, blodprover, neurologisk bedömning, bedömning av psykisk och motorisk status, även social utredning och hembesök. (Demenssjukdomar, 1997, s.193-197) Grunden vid utredningen är intervjuer som görs av läkare tillsammans med både patienten och anhöriga, samt frågeformulär om minnet och tester. (Käypähoito, 2018). MMSE (Mini mental state) är ett minnes test som används för att lokalisera om klientens kognitiva förmågor, såsom minne, orienteringsförmåga och språk. Resultatet visas i poäng och 30 är maxpoäng. Ett resultat som ligger runt 20 av 30 poäng anses indikera som mild demens och 9 poäng anses indikera som svår demens. MMSE kan inte sätta en diagnos utan mäter endast kognitiva funktioner och dess förändringar hos personen. (Demenscentrum, 2016).

4.2.4 Riskfaktorer

Vad som är motiv till att en person drabbas av en demenssjukdom kan bero på personens levnadsvanor, men även genetiska faktorer spelar roll. Det har även visat sig att förändringar i hjärnan som har samband med Alzheimers sjukdom, kan börja utvecklas tiotals år före

diagnos fastställs. I samband med uppföljningsundersökningar bland befolkningen, har man bedömt att riskfaktorer till hjärt- och kärlsjukdomar även ökar risken för minnessjukdomar. Högt blodtryck, högt kolesterol, diabetes, övervikt och rökning är några av de största riskfaktorerna till att drabbas av minnessjukdomar. Även personer med vitamin B12-brist eller överdriven alkoholkonsumtion kan även vara riskfaktorer för att insjukna i demens. Minnessjukdomar kan förebyggas genom att leva ett sunt liv. Hög utbildning, motion, hälsosam kost och aktiv livsstil är faktorer som värnar om hjärnan. (Thl, 2015). (Abrahamsson, 2003, 38, 51).

4.2.5 Behandlingsmöjligheter

Inom loppet av 20 år har läkemedelsanvändningen hos äldre avsevärt ökat. I dag finns inga möjligheter att bota demenssjukdomar, men bromsmediciner finns. När en demenssjukdom diagnostiserats, påbörjas läkemedelsbehandling. I de flesta fall stabiliseras tillståndet med hjälp av läkemedelsbehandlingen. Symtomens utveckling sker långsammare, det dagliga livet blir bättre och avvikande beteende blir lindrigare. Vid genomförande av läkemedelsbehandling är patienten på regelbundna kontroller till en minnesskötare. (THL, 2017)

4.2.6 Förebyggande

Genom att åtgärda riskfaktorer i ett tidigt skede kan man förebygga demenssjukdom. För att förebygga demenssjukdom kan en god kost, motionera regelbundet, undvika användningen av rusmedel och använda sig av "hjärngymnastik", som ex. att lösa korsord eller att lägga pussel vara till stor nytta. Studier har även visat att sömnbrist, som orsakats p.g.a. sömnapne' kan vara negativt på minnet och tänkandet. Att slå i huvudet ordentligt ökar risken för kognitiva besvär och demens, att skydda huvudet med hjälm underlättar. En annan studie visar att socialt umgänge gör hjärnan glad, att göra saker som vi tycker är kul och framförallt meningsfullt har en positiv effekt på hjärnan. En sund livsstil är det bästa sättet att värna om minnet. (Thl, 2016), (hjärnfonden, 2017)

4.3 Att vårda en person med demens

En demenssjukdom innebär en hel omställning i livet. Men trots det bör en demenssjuk person ändå kunna fortsätta leva ett så meningsfullt liv såsom hen tidigare gjort. När en person med demenssjukdom flyttar till ett boende, klipps de gamla banden av till det vardagliga livet som hen är van vid. På så sätt genomgår personen en stor förlust och upplever att tryggheten, vännerna och familjen försvinner. En demenssjukdom påverkar

förstås utgångspunkten i vårdandet, när bland annat minnet och uppfattningsförmågan förändras. Beroende på vad omgivningen har för stöd att erbjuda kan livet levas mer eller mindre stabilt. Det är i uppgift som vårdare att kunna vara till stöd och hitta ett band mellan klient och vårdare som är meningsfullt för båda två och att ha förståelsen för de olika behoven som krävs av en dement person, så de kan gå till mötes på rätt sätt. (G. Aremyr, 2005)

4.3.1 Beteende förändringar vid demens

Beteende förändringar är vanligt förekommande hos en person med demens. Psykologiska symtom kan definieras i form av stört tankeinnehåll, förändrat beteende- och stämningsläge hos personer med demenssjukdom. Hos en demenssjuk person kan ett aggressivt beteende uppstå helt utan anledning eller på grund av missförståelse och förvirring i situationen. Ett aggressivt beteende kan visa sig i form av till exempel svordomar, skrik men även knytnävar och sparkar förekommer. Förvirring hos en person med demens kan bero på att hen inte känner igen sig, platsen eller människorna runt omkring sig. (K. Ring, 2013)

4.3.2 Konfusion

Konfusion (delirium, förvirring) är ett tillstånd då hjärnan sviktar, den är alltså "överbelastad". Konfusion är ett allvarligt tillstånd och fenomenet är vanligt hos äldre människor. Konfusion kan beskrivas som ett tillstånd där den sjuke är kraftigt förvirrad och uppträder psykopatiskt. Personen kan vara vaken ett helt dygn och svänger ofta om dygnsrytmen. Personen kan också vara kroppsligt orolig, pratar osammanhängande, hallucinerar, går runt, uppför sig förvirrat och kan bli aggressiv, men det utmärkande är att en person med konfusion minns oftast vad som hänt under hela denna period. Dessa symtom visar inte på demenssjukdom utan tyder på underliggande faktorer som urinvägsinfektion, smärta, lågt blodsocker eller hjärtinfarkt. En konfusion kan utlösas vid vissa tillfällen som t.ex. Att en person upplever stress, påfrestning p.g.a. en anhörigs död, en flytt, men även alkohol, läkemedel och abstinens kan utlösa konfusion. Genom att hitta den bakomliggande orsaken till detta tillstånd, går den att behandla. När behandlingen är igång så avtar tillståndet stegvis och personen blir sig själv igen. (E-L. Lindqvist, 2015, s.11)

4.3.3 Kommunikation med personer som har demens

Kommunikation heter på latin "*communicare*" och betyder "att göra något gemensamt" eller "ömsesidigt utbyte", vilket betyder något som går att dela. Kan även beskrivas som överföring av information individer emellan. Kommunikation omfattar minst två sidor, en

som sänder ut ett meddelande och en som är mottagare. Det handlar i stort sett om att vidarebefordra information, upprätthålla gemenskapen, kontakt och att behålla mänskliga relationer. (M. Skog, 2016, s. 17)

Kunskap är nyckeln till förståelse. Om den som vårdar har bristande kunskap leder det till att hen inte ser och förstår den demenssjukes behov, bemöter felaktigt, bryr sig mindre och i värsta fall förmedlar stress. De ända som vet hur det är att vara demenssjuk är de personer som själva drabbats. Vi som är friska kan bara försöka förstå. (M. Skog, 2016, s 7-8)

Ju längre en demenssjukdom framskrider, desto mer betydelsefullt blir det hur du förmedlar saker och ting. En dement person blir mer mottaglig för tonfall, gester, ögonkontakt och minspel. Kommunikationen kan visa sig ur flera olika perspektiv. En del av de som lider av demens har svårt att hitta de rätta orden, vilket i sin tur kan leda till att de har svårt att tala om att de till exempel har ont i kroppen eller att de vill ha hjälp att utföra en rörelse. I situationer som denna är det viktigt att tänka på att ge gott om tid till den demente, eller att ge enkla instruktioner med lättförståeliga ord. Att kommunicera genom ögonkontakt och möta en persons blick ger ett bra inflytande på den sociala delen. (Oddy, 2013)

I och med att en dement person har ett kraftigt nedsatt minne kan det vara svårt att få hen att förstå enkla uppmaningar och att minnas det som de just blivit ombedda om att göra. Det krävs tålamod, förståelse och engagemang för att samspelet ska löpa på smidigt men även för att undvika onödig irritation och missförståelse hos klienten. Samtalen med den dementa personen behöver inte alltid vara invecklat, utan kan vara kort och koncist som ofta är till fördel många gånger. Speciellt hos en person med långt framskriden demens så kan ett meningsfullt samtal vara mycket begränsat, där endast få ord ändå kan kännas uppskattat i samtalet. Att ta sig tid, sitta ner och att lyssna kan kännas tryggt hos den dementa personen, vilket i sin tur leder till att du bättre kan förstå deras behov av att bli förstådd på ett värdigt och respekterat sätt. Beroende på situationen går det att läsa av och anpassa kommunikationen med vilket tonläge, språkbruk och stämningsläge som kan användas i samtalet. (Oddy, 2013, s.29)

4.3.4 Att lyssna och stödja en person med demens

Att lyssna på andra människor hör till en del av kommunikationen. Det går att lyssna aktivt eller inaktivt. Genom att lyssna ger man hela sin uppmärksamhet åt den som man lyssnar på. Att kommunicera handlar inte enbart om att "ge" information utan handlar lika mycket om att "ta emot" information, att lyssna och att observera människans reaktioner. Vikten av att

lyssna så att vi förstår varandra, men samtidigt även att vara empatisk och att sätta sig in i en persons berättelse, kan vara mycket betydelsefullt för en person med demenssjukdom. Genom att känna sig förstådd och respekterad i kommunikationen, känner sig den dementa personen trygghet och tillit. En person som drabbats av demens tappas ofta känslan av "jag" som person, det tidigare som varit självklart som ett självförtroende och självkänsla. Enligt en studie som Blackhall, A. (2011) gjort framkommer det att omhändertagandet av bland annat människor med demens har fått kritik de senaste åren på grund av avsaknad av medkänsla hos vårdare.

4.3.5 Ilska och aggressivitet

Vid ilska kan en person med demens uttrycka sig på olika sätt som tidigare nämnts. Oavsett om det visar sig i fysisk eller verbal form, bör man försöka förstå varför en person blir upprörd eller arg. För att försöka komma på vad som triggade igång beteendet, går det att ställa på några frågor till sig själv: Kan det vara någon biverkning av medicin som orsakar aggressivitet? Känner sig personen vilse? Om personen är trött för att hen inte vilat tillräckligt? Frågar du för många frågor eller kommer med för många påståenden? Tar personen in din stress och irritation? Är du negativ och kritisk? Att tänka på vad som hände just innan personen blev aggressiv, kan underlätta till kommande gånger för att undvika att samma beteende upprepas. Utmaningen är att försöka förhindra att ett skadligt beteende upprepas, vi kan heller aldrig gå tillbaka i utvecklingen och försöka uppfostra någon med demenssjukdom. (Demenscentrum, 2017).

I ett senare skede av demensen blir ofta språkförmågan mer svårhanterlig i och med den demensdrabbade har svårt att tala om vad som är orsaken till problemen. Är den demenssjukes agerande en ond handling, brist på ord eller signal på rädsla? Som exempel om den demenssjuke ska duscha men och inte förstår vad som ska ske, blir hen rädd och börjar sparka och slå omkring sig. Om vårdaren höjer tonläget eller använder ilsket tilltal blir situationen värre. (Skog, 2016, s.145)

Ilska kan även vara ett tecken på förtroende. En demenssjuk person försöker inte dölja sina känslor, utan vågar ofta vara sig själv i en vårdares närvaro. Många dementa personer blir vanligtvis mer irriterande och tröttare fram mot kvällen. Några av vanliga orsaker som kan ge upphov till ett aggressivt eller ilsket beteende är: Kommunikationsproblem, instängdhet och känsla av ensamhet, störande ljud och musik men även maktkamp och att inte få sin vilja igenom är vanligt förekommande. (Skog, 2016, s.146)

4.3.6 Bemötande och aktivering

Som människa lever vi ganska regelbundna liv, vi äter, sover, lagar mat, kommer hem, umgås med vänner, familj, fritid osv. Men till största del lever vi i vardagslivet, som också är viktigt för människor med demenssjukdom. Som vårdare är arbetet på en avdelning en del av vardagen och arbetspassen löper på genom uppgifter som ska göras och som man sedan kan bocka av. Arbetsuppgifterna följs åt tills arbetspasset är slut. I just dessa ögonblick är det omsorgen och omvårdnaden som sker, tyngdpunkten ligger i mötet av vård och omsorg mellan klienten och vårdarna i det dagliga livet. Som vårdare behövs omsorg med både hjärta, hjärna och händer. Att göra varje stund unik tillsammans, hitta på saker tillsammans och att försöka skapa en "vi" känsla istället för "vi" som i vårdpersonal och "de" som de demenssjuka. Då kan klinterna känna sig som hemma i sitt eget hem. (Oddy, 2013) En artikel som publicerats i Nursing Standard (2016), diskuterar egenskaper som är viktiga hos vårdpersonal som kommer i kontakt med demenssjuka personer. I artikeln framhävs att vårdaren bör kunna vårda varje individ utifrån deras behov. Vårdaren bör även förstå att den psykiska vården är lika nödvändig som den fysiska vården. Tre komponenter som krävs för en omsorgsfull vård är; empati till klienten, respektera individens behov, och medkänsla.

Inom demensvården är det viktigt med ett gott bemötande av demenssjuka personer. För en demenssjuk person tar det tid att innan information har nått till hjärnan och det tar tid innan personen kan formulera ett svar tillbaka. Som vårdare kan man vara medveten om att den demensdrabbade personen är i underläge p.g.a. dessa kognitiva besvär. Några tips man kan tänka på är: Gav jag min fulla uppmärksamhet, bekräftade jag personen? Hade jag för bråttom? Pratade jag med för hög/låg tonläge? Talade jag för fort? Uppträdde jag respektlöst? Trampade jag någon på tårna? Dessa frågor är en stor uppgift för vårdpersonal att ständigt arbeta med sig själva och att kunna anpassa sig efter den som blir vårdad. (E-L Lindqvist, 2015, s. 40)

På en demensavdelning är det viktigt att aktivera klienterna för att upprätthålla den fysiska men även psykiska förmågan, på så vis förebyggs det att personen blir passiv. Nedsatt abstrakt tänkande, leder ofta till att den demenssjuke säger nej till att delta i olika aktiviteter, eftersom personen kanske har svårt att föreställa sig vad aktiviteten gäller. Den demenssjuke behöver få se vad aktiviteten innebär innan hen beslutar sig för att delta eller inte. (Skog, 2016)

Aktiviteterna behöver inte vara komplicerade. Vardagsaktiviteter som stimulerar behöver inte vara verbalt utan kan vara enkla spontana sysselsättningar som exempelvis; kasta boll. Inom demensvården är musiken mycket uppskattad, man kan ordna allt ifrån underhållning till musikstunder med allsång, eller rörelse till musik. Musiken förmedlar ofta känslor hos en person, vilket innebär att det är viktigt att inte tränga sig på. Högtider, födelsedagar och helgdagar är förknippade med olika traditioner, musiken kan väcka minnen till de olika högtiderna såsom julmusik eller nationalsång. (Skog, 2016) En studie utförd år 2011 visar att minnessjuka personer kan komma ihåg musik som hen hört tidigare i sitt liv. I undersökningen kom man fram till att musik har en god inverkan på en demenssjuk persons annars meningslös vardag. (Warren, J. D. 2011).

5 Kvalitativ metod och etiska överväganden

Detta examensarbete är en kvalitativ studie och skribenterna har använt sig av en kvalitativ enkätstudie som forskningsmetod. Datainsamlingen sker genom att skribenterna skickat ut en elektronisk enkät till vårdare på demensboenden i en kommun Österbotten. Skribenterna sänder enkäterna elektroniskt till demensboendet. Informanterna fyller i enkäten elektroniskt som skickas in anonymt direkt till skribenterna. Materialet från enkäterna behandlas konfidentiellt men citat kan användas i arbetet. Kommunens boende ansvarige har gett skribenterna lov att sända ut enkäten. Skribenterna önskar genom denna studie få fram hur det är att jobba inom demensvården och vad som är givande eller utmanande. I detta kapitel beskriver skribenterna innebörden av att använda enkät som datainsamlingsmetod, val av informanter, innehållsanalys samt etiska överväganden. (Henricson, 2017)

5.1 Kvalitativ forskningsmetod

Vid en kvalitativ studie utgår man ifrån att syftet och frågeställningen kan besvaras. Skribenten avspeglar sin egna erfarenheter och yrkeskunskap om ämnet som ska studeras för att uppnå en god kvalitet på examensarbetet. Skribenten bör vara beredd på att möta hinder som kan uppstå i samband med insamlingen av information. (Henricson, 2017)

5.2 Enkät som datainsamlingsmetod

Skribenterna har valt att använda sig av en kvalitativ enkätstudie, där ett mindre antal informanter kommer att svara på enkäten. Enkäten finns bifogad i bilaga 1. En kvalitativ

studie syftar till att studera personers upplevelser och erfarenheter, i och med det finns det inget som är rätt och inget som är fel svar. Informanternas svar i enkäterna blir material för skribenternas analys och för att skapa förståelse kring hur det dagligen är att arbeta med dementa klienter. Men även till de som väljer ett yrke inom demensvården för att skapa en uppfattning om hur det kan vara att arbeta inom detta område. (Henricson, 2017).

Skribenterna har valt att göra en egenstrukturerad enkät med öppna frågor. Informanterna besvarar frågorna med egna upplevelser och erfarenheter, det finns alltså inga svarsalternativ i enkäten. Skribenterna har utformat frågor som besvarar frågeställningarna och syfte som tidigare nämnts i arbetet. Skribenterna har valt att använda sig av öppna frågor för att få fram vårdarnas egna åsikter och erfarenheter. Enkäten skickas ut till demensboenden i en kommun i Österbotten, där 11 vårdare besvarat enkäten. (Henricson, 2017)

5.3 Val av informanter

I en kvalitativ forskning är valet av informanter inte slumpmässig, utan personerna har erfarenhet gällande ämnet. I detta fall är informanterna sjukskötare och närvårdare som jobbar på demensboenden. Genom att enkäten besvaras av vårdare i alla åldrar med olika arbetserfarenheter fås varierande svar. (Henricson, 2017). Informanterna fick information om enkätundersökningen av avdelningsskötaren på respektive avdelning och på elektronisk väg fick de tillgång till både informationsbrevet och enkäten. Informationsbrevet finns bifogat i bilaga 2.

Till en början när vi planerade att skicka ut enkäten hade vi tänkt att endast sjukskötare skulle besvara enkäten. Eftersom vi utförde studien vid endast två boenden blev antalet sjukskötare för litet, därför beslöt vi att även närvårdare får delta. Från att vi skickat ut enkäten till att vi fått in alla svar tog det ungefär två veckor. Vi fick in 11 svar och alla informanter är kvinnor. Informanterna har en medelålder på 36 år och ett medeltal på 8,3 års arbetserfarenhet inom demensvården.

5.4 Kvalitativ innehållsanalys

Dataanalysen av insamlad information kan påbörjas när skribenterna anser sig ha fått tillräckligt med material. Med en analys anses att skribenterna läser noggrant genom texterna eller svar på en intervju. Skribenterna sammanställer svaren för att få en tydlig uppfattning av det insamlade materialet. (Henricson, 2017)

Skribenterna har i samband med analys av enkätsvaren valt att använda sig av kvalitativ innehållsanalys. Innehållsanalys innebär att man letar efter teman som regelbundet dyker

upp i materialet. Genom att undersöka utbredningen av ett ämne i svaren, får man fram hur starkt stöd ett visst tema har bland informanterna. I denna typ av analys är det viktigt att hela tiden tänka på syftet. (Henricson, 2017)

Vi valde först att läsa genom alla enkäter och se vilka likheter och olikheterna var. För att underlätta analysprocessen skrev vi ner de svar som svarade på våra frågeställningar. De renskrivna enkätsvaren blev fyra handskrivna A4 sidor långt. Utifrån de enkätsvar som besvarade frågeställningarna bildade vi huvudkategorier och underkategorier. Kategorierna bildar tillsammans ett tema, som är den röda tråden i det data som analyserats. Om en stor mängd data blivit in samlat bör man ta med det mest relevanta. (Henricson, 2017)

5.5 Etiska överväganden

När en studie genomförs är det viktigt att skribenten tar hänsyn till de etiska principerna. För att kunna uppnå en väsentlig studie bör artiklarna som man utgått från ha noggrant etiskt övervägande. Om etiska överväganden eller tillstånd saknas, kontrollera om det finns någon artikel utan någon form av etisk hänsyn. Finns ännu tvivel på artikelns etiska kvalitet, tag kontakt med tidskriftens redaktör. (Henricson, 2012)

En studie genomförs för att producera ny kunskap som är rättvis, har hög kvalitet och trovärdig. Deltagarna i en studie bör få information om att personen är skyddad. Det finns fyra regler som bör uppfyllas: informationsbrev, samtyckekravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Informationskravet betyder att deltagarna i studien har rätt till all nödvändig information som behövs för studiens syfte. Samtyckekravet innebär att deltagarna har rätt till att själv bestämma om och hur de vill delta. Konfidentialitetskravet handlar om att skydda känsliga uppgifter och personuppgifter som kan göra det möjligt för obehöriga att identifiera deltagaren. Nyttjandekravet innebär att den kunskapen som framkommer endast får användas för studien som deltagaren fått information att delta i. (Davidson & Patel, 2011)

När skribenterna utarbetat enkäten, kontaktades boendeansvariga för avdelningarna vi planerat att genomföra undersökningen. När vi fått godkännande att skicka ut enkäten av boendeansvariga kontaktades avdelningsskötaren på respektive avdelning. Avdelningsskötaren fick per elektroniskväg informationsbrev där var enkäten var bifogad, enkäterna skickades sedan till närvårdare och sjukskötare på avdelningarna. I informationsbrevet beskrev vi syftet med vår studie och att det är frivilligt att delta i enkätundersökningen, i brevet fanns instruktioner på hur de ska gå till väga för att besvara

enkäten. Viktigt med studien är att skribenterna informera deltagarna att enkäten är konfidentiell. Samt att skribenterna bör ta hänsyn till personers självbestämmande, om de deltar eller inte.

6. Resultat

I detta kapitel så kommer skribenterna redovisa det resultat som vi mottagit från enkätundersökningen. Enkätsvaren har analyserats utifrån de tre frågeställningarna. Vid analys av arbetet upptäckte vi att examensarbetets frågeställningar har starka anknytningar till varandra. De tre frågeställningarna i arbetet är; Hur är det att arbeta med dementa? Vilka är utmaningar vid vården av dementa? Vad är mest givande med att arbeta med dementa? Resultatet har ett tema, vilket är **arbetssituationen inom demensvården**, under detta tema har vi skapat huvudkategorier och underkategorier. Under varje kategori finns citat ur enkätsvaren som beskriver kategorin. En figur som beskriver relationen mellan temat, huvudkategorierna, underkategorierna och uppdelningen av kategorierna finns bifogad i bilaga 3.

6.1 Arbetssituationen inom demensvården

I samband med analysen av enkätsvaren har vi format temat **Arbetssituationen i demensvården** och detta tema är den röda tråden genom hela resultatet. Under temat finns huvudkategorierna upplevelser och erfarenheter och den ideala vårdenheten med tillhörande underkategorier. Huvudkategorierna har namngett underrubrikerna, underkategorierna är markerade med **fet** stil och citat som vi använder markeras med *kursiv* stil. Kategorierna beskriver vårdarens upplevelser inom demensvården.

"Jag upplever det viktigt att skapa lugn och trygghet samt hemkänsla. Klienterna behöver få känna sig nyttiga/behövda/värdefulla..." (Kvinna, 60)

"Utmanande att jobba med dementa, ena stunden befinner man sej i Sverige, andra sekunden är man i fähuset." (Kvinna, 40+)

"För det mesta är det mycket givande och tacksamt att vårda dementa." (Kvinna, 30)

6.2 Upplevelser och erfarenheter

I vårdarnas enkätsvar framkommer det både vad som är **givande** och vilka **utmaningarna** är med att vårda personer med demenssjukdomar. Vårdarna tycker i allmänhet att jobba inom demensvården är krävande men även intressant. Arbetet medför både psykisk och fysisk belastning. Klienterna är i ständigt behov av en lugn miljö där de får känna sig trygga och få ha en betydelsefull relation med vårdarna. Under denna huvudkategori har vi skapat två under kategorier som beskriver givande och utmanande situationer inom demensvården.

"Att hjälpa människor. Att finnas där för människan. Hitta på aktiviteter." (Kvinna, 30)

"Psykisk och fysiskt krävande. Som vårdare behöver man vara lugn och ha gott med tålamod."
(Kvinna, 20+)

Givande

I vårdarnas enkätsvar framkom det att vikten av att kunna stödja en person med demenssjukdom är grundläggande för att skapa en god relation mellan vårdare och klienten. Att kunna utföra sitt arbete utan tidspress, resulterar i att mera tid kan ges tillsammans med klienten. Vårdarna kan ta sig tid att sitta ner, lyssna och ha en trevlig samvaro. En del av vårdarna tycker att det är givande att kunna se glädjen och tacksamheten hos en dement klient och när samspelet mellan dem fungerar bra.

"Det är givande att jobba med äldre, de uppskattar ofta när man hjälper dem. Även roligt att diskutera med dem." (Kvinna, 40+)

"När man har gott om tid och får sköta arbetet utan tidspress och klura ut hur olika individer fungerar. Kicken man får när samarbetet fungerar är skön." (Kvinna, 60+)

"Alla klienters olika personligheter. Roligt att lära känna dem och få sköta om dem." (Kvinna, 50)

Utmaningar

Utmaningarna som vårdarna lyfter fram i enkätsvaren är främst beteendestörningar hos demenssjuka personer som ofta blir hinder i vardagliga situationer. Dessa hinder kan vara när en demenssjuk inte kan uttrycka sig genom ord som i sin tur kan leda till vredesutbrott vid missförstånd mellan den demente och vårdaren.

"Första utmaningen är att lära känna den dementa (vi brukar räkna med ett par månader), då gäller det deras vanor, släkt- och bekantskapskrets, vad de tyckt om och inte tyckt om..." (Kvinna, 60+)

Vårdarna betonar att en av de viktigaste punkterna är att ha kunskapen om hur man bemöter en demenssjuk. Genom att ha denna kunskap om bemötande och förmågan att läsa av situationen undviks onödiga konflikter. En av vårdarna upplever ofta att det blir orolig stämning på avdelningen när det ofta byter personal och det är många nya ansikten, vikarier har inte alltid samma förmåga att kunna hantera situationer när problem uppstår. Utmaningar som också framkom är att få den dementa att förstå uppmaningar och instruktioner. Det är därför viktigt att känna till hur varje individ fungerar, på så vis underlättar det när man ska handleda vid exempelvis påklädning.

"Man skall kunna läsa av den dementa klienten. Finns vårdare som har den egenskapen och vårdare som ej har den, ibland är det bättre att vara tyst och ej förklara allt så ingående." (Kvinna, 40+)

"Snabba humörsvängningar. Ena sekunden lugn och glad, nästa arg som ett bi." (Kvinna, 40+)

"Deras envishet, när humöret svänger på en sekund..." (Kvinna, 40+)

6.3 Den ideala vårdenheten

I vårdarnas enkätsvar framkommer det hur deras vision av den optimala vårdenheten skulle se ut och hur enheten skulle vara om obegränsat med resurser fanns. Majoriteten av vårdarna svarar i enkäten att **personalstyrkan** och **miljön** har den största inverkan på hur arbetet förlöper. Både klienter och vårdpersonal skulle gynnas av dessa idéer som föreslagits. Personalen skulle ha en bättre arbetshälsa och sjukskrivningarna skulle kanske minska om vårdarna fick mindre arbetsmängd på sina axlar. Under denna huvudkategori har vi skapat två underkategorier som tillsammans beskriver helheten av den ideala vårdenheten.

"Fler vårdare. Bra utrymmen. Bra arbetsredskap." (Kvinna, 20+)

"Tillräckligt med kunnig personal så att man hade bra med tid att ge klienterna och kunna individanpassa vården." (Kvinna, 50+)

Personalstyrkan

En kunnig och tillräckligt stor personalstyrka är vad som krävs för att en hel avdelning ska kunna upprätthålla en god arbetshälsa. Detta är en åsikt de flesta vårdare som besvarat enkäten delar. I dagens samhälle styr ekonomin vilket resulterar i mindre antal personal per enhet.

"Tillräckligt med kunnig personal så att man hade bra med tid att ge klienterna och kunna individanpassa vården. Personalen skulle vara utvilade och ha bättre tålamod och arbetsglädje." (Kvinna, 50+)

"Tillräckligt med kunnig personal" (Kvinna, 20+)

"Nu styr effektivitet och ekonomi vilket i slutändan drabbar klienterna för att personalen är slutkörd!" (Kvinna, 50+)

En annan åsikt är när personer som inte är utbildade inom vården vikarierar kan det uppstå situationer där klienterna blir oroliga eller aggressiva eftersom vikarien inte har vanan inne att läsa av klienten, och veta hur han eller hon kommer att agera. Genom att vårdarna har erfarenhet och kunskap om demenssjukdomar och beteendestörningar bidrar det till en bättre vård. Samarbetet är nyckeln till att arbetsuppgifterna utförs smidigt och en god stämning på avdelningen. Tack vare en god stämning blir det roligare för alla att gå till jobbet.

"Mer personal som faktiskt passar för demensvård och känner att de vill göra ett gott jobb." (Kvinna, 40+)

"Utvilade och uppskattade vårdare ger välmående dementa." (Kvinna, 50+)

Miljön på ett demensboende

Vårdarna delar med sig många olika förslag till hur en god arbets- och vårdmiljö skulle se ut. Vårdarnas idéer skulle gynna både klienter och personalen på enheten. Vårdarna tycker främst att miljön på ett demensboende skall vara trevlig och hemlik. För att undvika att vardagen på boendet blir allt för enformig, tycker en del av vårdarna att aktiviteter i någon form borde ordnas varje vecka, det muntrar upp stämningen på demensboendet. En av vårdarna skriver att hon saknar ett varmt uterum till klienterna där de kunde vistas året runt. En annan åsikt är att antalet klienter på en enhet inte bör vara fler än åtta, på så vis skulle det vara en lugnare atmosfär.

"Ett varmt uterum där klienterna kunde vistas året om, liftar i varje rum, varma färger på väggarna" (Kvinna, 40+)

"De gemensamma utrymmena bör inte vara för stora utan mer likna ett hem." (Kvinna, 60)

"Högst 8 klienter på en avd., med mera klienter blir det oro och rörigt, oron "smittar" av sig och det blir svårt att få lugnet som man som vårdare ständigt eftersträvar." (Kvinna, 40+)

7. Diskussion

I detta kapitel presenteras metoddiskussion, resultatdiskussion och slutledning. Resultatet från enkätundersökningen jämförs med tidigare forskning, teoretisk bakgrund och de teoretiska utgångspunkterna som vi valt Katie Erikssons teori om lidandet i vården och medlidande.

7.1 Metoddiskussion

Skribenternas val av ämne, vårdarnas arbetssituation inom demensvården, valdes på grund av erfarenheter och för att fördjupa sina kunskaper inom området. Att skapa en förståelse för ämnet har vi åstadkommit genom praktiska men även teoretiska erfarenheter. Genom att studera böcker, webbsidor och vetenskapliga artiklar har vi fått de teoretiska erfarenheterna och de praktiska erfarenheterna har vi fått genom praktikplatser och tidigare arbetsplatser inom äldreomsorgen. Under arbetets gång har vi varit källkritiska, vi har försökt att använda oss av så nya litteraturer som möjligt, som inte har varit det lättaste.

Skribenterna anser att de har hållit sig inom referensramarna vad gäller syftet och frågeställningarna i hela studien. Genom att ha använt oss av enkät med öppna frågor har det gett oss en mer djupare uppfattning om hur det är att dagligen arbeta med dementa. Vid genomgång av enkäten märkte vi att kunskapen är en viktig del vid bemötandet av dementa och var ett återkommande ämne i många av svaren. Med det sagt kunde vi ha haft med en fråga vad gäller kunskapen hos vårdarna inom demensvården. I enkäten lade vi även märke till att två av frågorna liknade varandra och svaren från informanterna blev väldigt lika. Frågorna vi ansåg likna varandra är "Beskriv hur det är att arbeta med dementa?" och "Vad upplever du mest svårast/utmanande med att arbeta med dementa?". Istället för att ha två liknande frågor kunde vi ha tagit bort den förstnämnde. I övrigt anser skribenterna att frågorna i enkäten har relaterat till syfte och frågeställningarna och att vi fick de svar vi strävade efter.

Under arbetets gång har vi ändrat en aning på rubriken på examensarbetet, men också frågeställningarna har blivit ändrad för att få en mer organiserad helhet. Till en början fick vi för få svar av informanterna vilket resulterade i ett påminnelsebrev till respektive avdelningsskötare. Efter att avdelningsskötaren kontaktades fick sist och slutligen in tillräckligt med underlag för att redovisa resultatet. Vi anser att svaren i enkäten hade kunnat vara mera varierande och längre i vissa fall.

Skribenterna anser att de tagit hänsyn till de etiska principerna. Informanterna ha fått vara anonyma. Det ända som framkommer är att studien är gjord i en kommun i Österbotten. När resultatredovisningen har presenterats har skribenterna inte använt sig av egna åsikter utan endast använt information ur enkäterna.

Skribenterna anser att de har lyckats få en tydlig röd tråd genom arbetet. Att skilja på relevant och irrelevant material har vi lyckats med genom att inte använda material som inte har något med ämnet att göra. Examensarbetet har strukturerats upp med hjälp av lämpliga huvudrubriker och underrubriker, markeringar med fetstil och understreckning. Citaten som används i resultat delen är direkt tagna ur enkätsvaren, genom att ha med citat får läsaren ta del av informanternas åsikter och upplevelser.

7.2 Resultat diskussion och slutledning

Syftet med studien var att beskriva hur vårdarna upplever arbetet inom demensvården samt vad de upplever som utmanande och givande. Skribenterna valde detta ämne delvis för att ämnet berör både vårdare och anhöriga till personer med demenssjukdomar. Ämnet är även aktuellt eftersom antalet personer som insjuknar i en minnesjukdom ökar.

Frågeställningar i studien har besvarats i resultatet, som gav ett brett perspektiv på hur vårdarnas vardag kan se ut inom demensvården. För att få svar på vårt syfte i studien ställde vi följande frågeställningar: Hur är det att arbeta med dementa? Vilka är utmaningarna vid vårdandet av dementa? Vad är mest givande med att arbeta med dementa? Skribenterna fick svar på samtliga frågeställningar.

I resultatet framkommer det att vårdarna anser att det är viktigt med vårdpersonal som har goda kunskaper om demenssjukdomar, men även att ha kunskap om hur man bör bemöta personer med demenssjukdom på ett professionellt sätt. Dessa behov upprätthåller en god atmosfär på avdelningen som gynnar både vårdpersonalen och klienterna, anser informanterna. Enligt en del av informanterna uppnås inte dessa behov när det är brist på personal och många olika personer vikarierar. Ibland har inte vikarierna kunskande om hur man hanterar olika vårdsituationer, då kan oro hos klienterna uppstå på avdelningen. Klienterna kan bli nervösa när det är många nya ansikten bland vårdarna.

I och med att arbetet är både fysiskt men även psykiskt krävande, fordras det att vårdarna hinner återhämta sig mellan arbetsturena. Detta bidrar till en trevligare samvaro bland personalen, vilket i sin tur leder till att kvaliteten på vården hålls på en god nivå. En annan

faktor som bidrar till en trevlig och trygg miljö är att visa hänsyn till klienten, men även att personen blir vårdad på ett värdigt och respekterande sätt.

Som vårdare sker det ideala arbetspasset utan tidspress, där vårdarna hinner utföra arbetssysslorna i lugn och ro hos varje klient, detta leder till en lugn avdelning och personalen kan ägna mer av sin arbetstid åt klienterna. Vårdarna tycker det är givande när deras arbetsprestation ger resultat i form av en välmående klient som kan ge sig i uttryck genom exempelvis ett "Tack" eller ett leende på läpparna.

Beteendestörningar är en av de största utmaningarna i demensvården och förekommer i olika former. Som vårdare är det viktigt att ligga steget före och kunna känna igen signalerna där en situation med aggression kan uppstå, på så vis kan vårdaren förebygga att våldsamma situationer inträffar. Lindriga beteendestörningar kan endast vara ett irritationsmoment för andra, men om aggressivitet förekommer kan det innebära fara för omgivningen.

En enkätfråga som skribenterna utformat var: Hur skulle den ideala arbetsplatsen se ut om det fanns obegränsat med tillgång till resurser? Av att bedöma svaren finns många synpunkter på hur en ideal arbetsplats skulle kunna se ut. Majoriteten av vårdarna anser att moderna arbetsredskap och utrymmen skulle underlätta dagliga arbetssysslor. En hemtrevlig miljö med exempelvis en inhägnad gård eller ett uterum där klienterna kan gå fritt, skulle minska känslan av instängdhet.

Skribenterna anser att resultatet i studien har i praktiken betydelse för både klienten och vårdarnas trivsel. Det som framkommer i resultatet kan vara svårt att uppfylla i praktiken på grund av resurs eller tidsbrist. I dagens samhälle styr ekonomin och effektivitet framom personalens välmående, sist och slutligen drabbar detta klienterna.

Examensarbetet och ämnet; vårdares arbetssituation inom demensvården, har varit ett intressant och givande ämne att skriva om. Frågeställningarna har besvarats och syftet med undersökningen har uppnåtts. Med denna studie vill vi att läsaren ska få ta del av hur demensvården kan se ut idag. Vi har under arbetets gång lärt oss hur viktigt det är med en god relation mellan vårdarna för att uppnå en hållbar vård. Vi har fått många intressanta svar från enkätundersökningen, många av informanterna hade liknande åsikter men även avvikande svar fanns. Kunskapen vi tar med oss utifrån detta arbete är; att det är mycket viktigt hur man bemöter både klienter och medarbetare för en trevligare atmosfär!

8. Källförteckning

Minnessjukdomar, 4.3.2015, www.thl.fi (hämtat: 17.10.2017)

Karlson E. & Nestor L., Demenssjukdomar- när minnet blir sämre och sämre, publicerad 4.11.2013, uppdaterad 21.9.2015, www.nervsjukdomar.se (Hämtat: 20.10.2017).

MMSE-SR (MMT), 21.1.2016, www.demenscentrum.se, (Hämtat: 12.10.2017).

Henricson M. ,2012. Vetenskaplig teori och metod ó från idé till examination inom omvårdnad. Mediaoolprint AB 2014.

<http://www.kaypahoito.fi/web/svenska/for-patienter/rekommendation?id=khr00072>

Minnessjukdomar, 4.3.2015, www.thl.fi (hämtat: 17.10.2017)

Karlson E. & Nestor L., Demenssjukdomar- när minnet blir sämre och sämre,publicerad 4.11.2013, uppdaterad 21.9.2015, www.nervsjukdomar.se (Hämtat: 20.10.2017).

MMSE-SR (MMT), 21.1.2016, www.demenscentrum.se , (Hämtat: 12.10).

Henricson M. ,2012. Vetenskaplig teori och metod ó från idé till examination inom omvårdnad. Mediaoolprint AB 2014.

Davidson B. & Patel R., 2011. Forskningsmetodikens grunder: att planera, genomföra och rapportera en undersökning. Studentlitteratur AB.

Nygård L, Terzis B, Wahlund L-O, Armanius Björlin G, Beck-Friis B, Wimo , Sparring Björkstén K, 2002, Om demens, Liber AB, Stockholm.

Cars J. & Zander B. 2006, Samvaro med dementa: råd till anhöriga och personal om bemötande, Gothia Förlag AB, Stockholm.

Sadler C. 2013. Community challenge: caring for dementia patients in their own homes can be a rewrding career pathway. Nursing Standard, 27(52).

Singleton D. 2017.How people with dementia and carers understand and react to social functioning changes in mild dementia: a UK-based qualitative study. BMJ Open 7(7).

Wångblad C. 2009. Experience of physical strain during person transfer situations in dementia care units. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(4).

Tautvydaitė D. 2016. Specific personality changes in subject with MCI and mild dementia are associated with cerebral Alzheimer's pathology as measured by CSF biomarkers. *European Psychiatry*.

Så åldras kroppen, 2018, I. Friedmann, www.1177.se, hämtat (3.3.2018)

[https:// www.1177.se/Tema/Senior/Att-bli-aldre/Sa-aldras-kroppen/](https://www.1177.se/Tema/Senior/Att-bli-aldre/Sa-aldras-kroppen/), 2018, Barbro Westerholm, professor i läkemedelsepidemiologi, Stockholm.

[https:// www.stat.fi/index_sv.html](https://www.stat.fi/index_sv.html)

Henricson, M. (2017). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (Upplaga 2:1.). Lund: Studentlitteratur AB.

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber Utbildning.

Henriksen, J. & Vetlesen, A. J. (2013). *Etik i arbete med människor* (3., [rev.] uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Ring, K. (2013). *Specifik omvårdnad vid svår demenssjukdom: En strukturerad arbetsmetod*. Malmö: Gleerups.

Rundgren, Å. & Dehlin, O. (2004). *Äldresjukvård: Medicinsk äldresjukvård av multisjuka patienter*. Lund: Studentlitteratur.

Blomström, J. (2016). *Älskade äldreomsorg: En inspirationsbok för ett värdigt åldrande*. Gotlands Tofta: Prolead.

Heap, K. (1995). *Samtal med äldre: Om kommunikation, minnen, kriser och sorg* (1. uppl.). Stockholm: Liber utbildning.

Marcusson, J. (1997). *Demenssjukdomar*. Stockholm: Liber

Aremyr, G. & Hallin, S. (2005). *Asta i inre och yttre balans: Att stödja en person med demens* (1. uppl.). Stockholm: Liber.

Oddy, R. (2013). *Aktivitet vid demenssjukdom: En praktisk vägledning*. Stockholm: Liber.

Blomqvist, K. & Edberg, A. (2004). Att vara äldre: "man har ju sina krämpor". Lund: Studentlitteratur.

Viidik, A. & Cartier-Bresson, H. (2002). Boken om kroppens åldrande. Stockholm: Liber

Persson, M. (1990). Förvirrad och glömsk - en bok om demenssjukdomar (1. uppl.). Göteborg: Tre Böcker Förlag.

Olsen-Hellberg, I. & Melin, E. (1996). Geriatrik och äldreomsorg (3., [moderniserade och utvidgade] uppl.). Stockholm: Liber.

Skog, M. (2016). Kommunikation & demenssjukdom: ökad förståelse i samtal och möten. Stockholm: Gothia.

Josefsson, K. (2009). Sjuksköterskan i kommunens äldrevård och äldreomsorg (1. uppl.). Stockholm: Gothia.

Piuva, K., Grönquist, G. & Söderlund, P. (2000). Värdig vård av äldre med psykisk ohälsa: Vägledning till personal inom äldreomsorgen. Stockholm: Gothia.

Lindqvist, E. (2015). Vård och omsorg vid demenssjukdom (Första upplagan.). Malmö: Gleerups.

Sparring Björkstén, K. & Karlsson, I. (2013). Äldrepsykiatri: Kliniska riktlinjer för utredning och behandling (1. uppl.). Stockholm: Svenska psykiatriska föreningen : Gothia fortbildning.

Haak, N. J. (2002). Maintaining connections: Understanding communication from the perspective of persons with dementia. (Communication). *Alzheimer's Care Quarterly*, 3(2), p. 116.

Blackhall, A. (2011). VERA framework: Communicating with people who have dementia.(Art & science: dementia care). *Nursing Standard*, 26(10), p. 35.

Bunn, F. (2012). *Psychosocial Factors That Shape Patient and Carer Experiences of Dementia Diagnosis and Treatment: A Systematic Review of Qualitative Studies (Dementia Diagnosis & Treatment: Systematic Review)*.

Singleton, D. (2017). How people with dementia and carers understand and react to social functioning changes in mild dementia: A UK-based qualitative study. *BMJ Open*, 7(7), .

Bilageförteckning

Bilaga 1

Enkät

Enkät för vårdare som jobbar inom demensvården.

Besvara följande frågor med egna ord och upplevelser. Du förblir anonym.

Berätta kort om dig själv. (kön, ålder, utbildning, jobberfarenheter mm.)

Beskriv hur det är att vårda dementa?

Vad tycker du är givande med ditt arbete?

Vad upplever du är svårast/mest utmanade med att vårda dementa?

Har det hänt att du blivit utsatt för våld i en vårdssituation? Beskriv en situation.

Beskriv vårdssituationer där du upplevt svårigheter att kommunicera med den dementa?

Känner du av stress i jobbet? Berätta varför och när du känner dig mest stressad?

Hur skulle den ideala arbetsplatsen se ut om det fanns obegränsat med tillgång till resurser?

Tack för ditt samarbete!

Informationsbrev

ENKÄTUNDERSÖKNING- Enkät för vårdare inom demensvården.

Bästa mottagare!

Vi är två sjukskötarstuderande vid Yrkeshögskolan Novia. Vi skriver ett examensarbete om demensvården. Syftet med vår studie är att få en inblick i hur det dagligen är att arbeta med klienter som är dementa. Hur upplever vårdare arbetet med dementa, vilka är utmaningarna och vad är givande i arbetet?

För att få en bild av hur vårdare upplever demensvården, ber vi vårdare att fylla i enkäten. Informanten fyller i enkäten med egna ord och upplevelser. Hur mycket och vilken information som skrivs bestämmer informanten själv. Svaren från enkäten är konfidentiella men citat kan användas i examensarbetet. Undersökningen är frivillig och informanterna förblir anonyma. Enkäten kommer i elektronisk form och besvaras elektroniskt. Enkäten besvaras inom en vecka.

Enkäten finner du i länken nedanför. (Klicka på länken för att öppna enkäten.)

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSetPPLIPs3VzzWocMOuA72NxfCP3pUXjdk tUEFayO fqHOZA/viewform?c=0&w=1>

Tack för ditt samarbete!

Hälsningar

Erika Vesterlund & Rebecca Blomqvist

Om frågor finns angående enkäten kan du kontakta oss eller vår handledare via e-post eller telefon.

Erika Vesterlund, erika.vesterlund@edu.novia.fi, 050 3736 886

Rebecca Blomqvist, rebecca.blomqvist@edu.novia.fi, 044 599 5529

Handledare Anita Wikberg, anita.wikberg@novia.fi, +358447805326

Figur för resultatredovisning

